

Статья поступила в редакцию 25.06.2020г.

Шапкин А.А., Петерс Н.Ю., Саруева А.П., Ооржак О.В., Мозес В.Г., Мозес К.Б.  
Кузбасская клиническая больница имени С.В. Беляева,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
г. Кемерово, Россия

## ПАЦИЕНТ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С КОМОРБИДНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

В статье представлена серия клинических случаев коморбидной онкологической патологии у пациентов на хроническом гемодиализе. Продемонстрирована сложность лечения таких пациентов.

**Ключевые слова:** хронический гемодиализ; хроническая болезнь почек

Shapkin A.A., Peters N.Yu., Sarueva A.P., Oorzhak O.V., Moses V.G., Moses K.B.

Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

### A PATIENT WITH CHRONIC HEMODIALYSIS WITH COMORBID ONCOLOGICAL PATHOLOGY – A SERIES OF CLINICAL CASES

The article presents a series of clinical cases of comorbid oncological pathology in patients with chronic hemodialysis. The complexity of treating such patients has been demonstrated.

**Key words:** chronic hemodialysis; chronic kidney disease

Ведущей проблемой современной медицины является коморбидность заболеваний. Под термином коморбидность подразумевается сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний или синдромов, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени [1]. Особенно актуальна данная проблема у хронических больных, находящихся на заместительной почечной терапии, так как у такой категории пациентов серьезно ограничены возможности проведения диагностических и терапевтических мероприятий [2].

По данным литературы, частота онкологических заболеваний у пациентов на хроническом гемодиализе составляет 0,9-1,5 % от общей популяции больных [3]. Сложность ведения пациентов с выявленной онкологической патологией на фоне хронического гемодиализа (ХГД) заключается в том, что у большинства пациентов имеются противопоказания к специфическому хирургическому и терапевтическому лечению из-за тяжелой соматической патологии (терминальная хроническая болезнь почек (ХБП)), особенностей лечения (ХГД) и имеющейся хронической гипокоагуляции [4]. Еще одной проблемой является отсутствие клинического опыта совместного ведения таких пациентов специалистами разного профиля и отсутствие клинических протоколов, регламентирующих лечение коморбидных больных.

Эпидемиология онкологических заболеваний у пациентов с ХГД точно не установлена. Ретроспек-

тивный анализ 639 пациентов с терминальной стадией ХБП, проведенный в Китае за 18-летний период показал, что частота онкологических заболеваний у данной категории пациентов составила 9,08 %, среди которых преобладал рак пищеварительной системы (32,7 %), мочевыделительной системы (18,9 %) и рак легких (15,5 %), а независимыми факторами риска являлись пожилой возраст и доза эритропоэтина, превышающая 20000 Ед/нед [5]. В целом, анализ литературы показывает, что выживаемость онкологических больных, получающих заместительную почечную терапию, значительно снижена по сравнению с общепопуляционными показателями [6-8].

На базе Кемеровской областной клинической больницы в течение 50 лет работают нефрологическое отделение, отделение диализа и Кемеровский центр трансплантологии, где аккумулируются все пациенты с ХБП, получающие ХГД. За годы работы в практике врачей было несколько клинических случаев ведения пациентов с коморбидной онкологической патологией, получающих заместительную почечную терапию. В данной статье представлены два клинических случая, показывающих сложность ведения таких пациентов.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Больной Б., 1961 г.р., наблюдался в отделении гемодиализа ГАУЗ ККОБ им. С.В. Беляева и отде-

#### Корреспонденцию адресовать:

МОЗЕС Вадим Гельевич,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел: 8 (3842) 73-46-00  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

#### Информация для цитирования:

Шапкин А.А., Петерс Н.Ю., Саруева А.П., Ооржак О.В., Мозес В.Г., Мозес К.Б. Пациент на хроническом гемодиализе с коморбидной онкологической патологией – серия клинических случаев // Медицина в Кузбассе. 2020. №3. С. 46-49.

DOI: 10.24411/2687-0053-2020-10027

лении гемодиализа Нефрологического экспертного совета г. Кемерово с 2006 г.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больным с 2003 года, когда стал отмечать высокие цифры артериального давления до 200 мм рт.ст., по поводу чего не обследовался и не лечился. С 2006 года отмечает постепенное ухудшение своего состояния: появились генерализованные отеки, слабость, при обследовании выявлены патологические изменения в анализах мочи (протеинурия) и крови (анемия, повышение показателей мочевины и креатинина). По данному поводу больной обследовался в терапевтическом отделении г. Юрги, был выставлен диагноз: «Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, хроническая почечная недостаточность ПБ. Вторичная железодефицитная анемия средней степени тяжести».

Для дообследования и лечения пациент был направлен в нефрологическое отделение ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, где ему были определены показания для заместительной почечной терапии, наложен артерио-венозный шунт и начато лечение программным гемодиализом. В течение семи лет пациент находился на ХГД, в 2008 году выявлено осложнение — тромбоз артерио-венозного шунта, успешно проведена его реконструкция.

В 2013 году у больного произошло ухудшение состояния: постепенно появилось нарастание одышки, усиливающейся при подъемах артериального давления и сопровождающейся бессонницей, слабостью, ортопноэ ночью. В нефрологическом отделении ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева было проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, диагностирован правосторонний гидроторакс, подтвержденный ультразвуковым исследованием, проведена плевральная пункция, при которой удалено 2 литра серозно-геморрагической жидкости. С диагностической целью была выполнена фибробронхоскопия, при которой патологии не выявлено. Проведенное КТ исследование органов грудной клетки выявило правостороннюю лимфаденопатию, изменения в области париетальной плевры, признаки мезотелиомы правой плевры.

Больной был консультирован онкологом, от специфической терапии мезотелиомы было решено отказаться из-за наличия противопоказаний — ХБП, программного гемодиализа, нестабильной артериальной гипертензии. На протяжении 2 месяцев пациенту проводились периодические плевральные

пункции с удалением плеврального экссудата (до 2500 мл), с частотой до 2-3 раз в неделю.

После консультирования онкологом для верификации диагноза больному была выполнена торакоскопия с прицельной биопсией, по данным гистологического исследования выявлены микрофрагменты злокачественной эпителиоидной мезотелиомы. При проведении торакокопии с паллиативной целью был выполнен химический плевродез правой плевральной полости медицинским стерильным тальком. В послеоперационном периоде с 4-х суток отмечалось прекращение экссудации по дренажам из плевральной полости. В дальнейшем на протяжении 38 месяцев гидроторакс у больного не отмечался, а при рентгенологическом (рентген и МСКТ) исследовании органов грудной клетки отмечался медленный прогрессирующий рост образования, без признаков правостороннего гидроторакса.

Летальный исход наступил через 5 лет после появления клиники злокачественной эпителиоидной мезотелиомы, причем летальный исход был обусловлен злоупотреблением пациентом алкоголем и несоблюдением вследствие этого режима проведения диализа (пропущено несколько сеансов ХГД, с развитием тяжелых водно-электролитных нарушений, гиперкалиемии с остановкой сердца в домашних условиях).

Данный клинический случай интересен тем, что, по данным литературы и исходя из практического опыта, злокачественная мезотелиома является редкой опухолью с крайне неблагоприятным течением, «медиана выживаемости» при котором в среднем составляет 9-21 месяцев, а до 5 лет доживают лишь единичные пациенты [9]. Эпидемиология злокачественной мезотелиомы точно не установлена, считается что заболеваемость у мужчин составляет 15-20 случаев на 1 млн, а у женщин — 3 случая на 1 млн [10]. В данном клиническом случае пациент, несмотря на отсутствие специфического лечения, имел большую продолжительность жизни, которая сопровождалась минимальными проявлениями онкологического процесса (синдрома раковой интоксикации, астенического синдрома и т.п.) и хорошими показателями качества жизни. Потенциально пациент мог прожить еще больше, если бы не злоупотреблял алкоголем и вследствие этого пропускал процедуры ГД. В литературе описан возможный механизм столь медленного прогрессирования онкологического заболевания при ХБП и ГД, который обусловлен хронической уремической интоксикацией,

#### Сведения об авторах:

ШАПКИН Александр Анатольевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра факультетской хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

ПЕТЕРС Николай Юрьевич, врач-нефролог, ООО «Нефромед», г. Кемерово, Россия.

САРУЕВА Анастасия Павловна, врач-хирург, ОГАУЗ ГКБ № 3 им. Б.И. Альперовича, г. Томск, Россия.

ООРЖАК Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ ККОБ, г. Кемерово, Россия.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент, кафедра поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kbsolo@mail.ru

негативно влияющей на процесс деления раковых клеток [11].

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Больная Б., 1948 г.р. наблюдалась в отделении гемодиализа ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева и отделении гемодиализа Нефрологического экспертного совета г. Кемерово с 1972 года.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больной с 1972 г., когда после перенесенной респираторной инфекции у пациентки был диагностирован хронический гломерулонефрит, по поводу которого она регулярно, дважды в год, проходила лечение в специализированном отделении. С 1992 года хронический гломерулонефрит осложнился хронической почечной недостаточностью, по поводу чего больная начала получать заместительную почечную терапию. В 2006 г. по поводу хронической болезни почек IV стадии больная проходила обследование и лечение в отделении нефрологии ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева. В ходе обследования было выявлено новообразование левой молочной железы (T2NxM0), однако в период с 2006 по 2009 гг. больная по собственному желанию у онколога не наблюдалась, не обследовалась. В 2009 г., при очередной госпитализации, проведена консультация онколога, выставлен диагноз: «Рак правой молочной железы, рак левой молочной железы, метастазы в аксиллярные лимфоузлы справа и слева». Рекомендовано дообследование для решения вопроса об объеме и методе лечения, от которого пациентка категорически отказалась. Дополнительно к анамнезу выяснено, что лечение по поводу рака молочной железы больная проходит при помощи «народной медицины», игнорируя рекомендации онкологов.

В 2009 г. пациентка находилась в инфаркте отделения Кузбасского клинического кардиологического диспансера с диагнозом: «Хроническая болезнь почек IV стадии. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. Ретенционные кисты обеих почек. Анемия тяжелой степени. Застойная нижнедолевая пневмония справа. Сердечная астма. Легочная гипертензия. Мультицентрическое объемное образование молочной железы с билатеральным поражением. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия».

В 2012 году рак молочной железы у пациентки осложнился маститом правой молочной железы, по-

требовавшем госпитализации и антибактериальной терапии. При дообследовании по данным МСКТ органов грудной клетки выявлены множественные метастазы, лимфаденопатия. Больная проконсультирована онкологом, хирургическое лечение на данном этапе заболевания нецелесообразно, было рекомендовано начать химиотерапию, от которой пациентка отказалась. В 2013 году, при очередной госпитализации на курс ХГД, у больной выявлена выраженная раковая интоксикация, кахексия, клинические и инструментальные признаки метастатического плеврита. Проведена консультация онколога, после которой больная дала согласие на курс химиотерапии. После курса химиотерапии пациентка отмечала значительное улучшение своего состояния, у нее восстановился аппетит, работоспособность, она начала набирать массу тела. В течение года на фоне сеансов ХГД и курсов химиотерапии состояние больной стабилизировалось, однако в 2014 году у нее диагностированы метастазы практически во все органы, начала прогрессировать раковая интоксикация, снизился ответ на введение эритропоэтинов, что в свою очередь требовало увеличения их дозировок. На очередную процедуру диализа больная не явилась в связи с крайне тяжелым состоянием, после чего поступила информация от родственников о смерти пациентки дома.

Данный клинический случай демонстрирует нам течение раковой болезни у пациентки с ХБП на фоне плохого комплаенса в отношении онкологического заболевания. Исследования, посвященные особенностям течения рака молочной железы при ХПБ и ГДТ, не показывают увеличения вероятности развития рака у такой категории пациентов по сравнению с общепопуляционными рисками. Тем не менее, смертность у коморбидных женщин, сочетающих рак молочной железы и ХБП с ГДТ выше, и обусловлена во многом конкурирующими заболеваниями [12]. Поэтому многими исследователями рекомендуется как можно шире включать программы скрининга рака молочной железы не только в общей популяции женщин, но и среди тех, кто по тем или иным причинам проходит лечение по поводу хронических заболеваний и может выпасть из поля зрения специалистов.

Второй проблемой, которую демонстрирует приводимый клинический случай, является вопрос комплаенса при онкологических заболеваниях [13]. Улучшение приверженности лечению при онкологических заболеваниях вообще, и при раке молочной

### Information about authors:

SHAPKIN Alexander Anatolyevich, candidate of medical sciences, docent, department of surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

PETERS Nikolay Yuryevich, nephrologist, «Nefromed», Kemerovo, Russia

SARUEVA Anastasia Pavlovna, surgeon, City Clinical Hospital N 3, Tomsk, Russia.

OORZHAK Orlan Valeriiovich, candidate of medical sciences, Head of the surgical department № 1, Kemerovo Regional Hospital, Kemerovo, Russia.

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University Ministry, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University Ministry, Kemerovo, Russia. E-mail: kbsolo@mail.ru

железы в частности, является общепризнанной проблемой, которая все еще далека от своего решения [14]. Несмотря на то, что врач является ключевой фигурой, ответственной за работу с пациентами для обеспечения преемственности терапии, как бы он не старался, неприятие пациентом по тем или иным причинам (религиозным, психологическим и т.п.) стратегии лечения снижает комплаенс и, следовательно, шанс на излечение [15]. Единого рецепта решения проблемы низкого комплаенса при раке молочной железы нет, так как факторы, влияющие на этот показатель, практически не исследованы. Однако следует согласиться с авторами крупного

обзора, посвященного поиску методов улучшения комплаенса при раке молочной железы, которые сделали вывод о необходимости внедрения государственных программ повышения знания об этой проблеме среди пациентов [16].

#### Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Feinstein AR. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970; 23(7): 455-468.
2. Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney Blood Press Res*. 2017; 42(4): 717-727.
3. Shebl FM, Warren JL, Eggers PW, Engels EA. Cancer risk among elderly persons with end-stage renal disease: a population-based case-control study. *BMC Nephrol*. 2012; 13: 65.
4. Mitale MG, Baldessari C, Milella M et al. Immunotherapy in Dialysis-Dependent Cancer Patients: Our Experience in Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma and a Review of the Literature. *Clin Genitourin Cancer*. 2019; 17(5): e903-e908.
5. Chen X, Li Y, Ding X. Incidence, Risk, and Prognosis of Cancer in Patients on Chronic Hemodialysis. *Blood Purif*. 2019; 17: 1-12.
6. Zarrabi K, Wu S. An evaluation of nivolumab for the treatment of metastatic renal cell carcinoma. *Expert Opin Biol Ther*. 2018; 18(6): 695-705.
7. Eisenach IA, Vlasova VV, Zakharov IS, Moses VG. Early mesh-associated postoperative complications when installing synthetic mesh implants with two and four sleeves in women with genital prolapse. *Medicine in Kuzbass*. 2017; 1: 61-64. Russian (Эйзенх И.А., Власова В.В., Захаров И.С., Мозес В.Г. Ранние mesh-ассоциированные послеоперационные осложнения при установке синтетических сетчатых имплантов с двумя и четырьмя рукавами у женщин с пролапсом гениталий // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16, № 1. С. 61-64.)
8. Shibeltgut NM, Zakharov IS, Moses VG. Clinical and biochemical manifestations of undifferentiated forms of connective tissue dysplasia in pregnant women with varicose veins of the small pelvis. *Saratov J of Med Scient Research*. 2010; 1: 056-060. Russian (Шибельгут Н.М., Захаров И.С., Мозес В.Г. Клинико-биохимические проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани у беременных с варикозной болезнью вен малого таза // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 1. С. 056-060.)
9. Rodríguez Panadero F. Diagnosis and treatment of malignant pleural mesothelioma. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51(4):177-184.
10. Kozlova AA, Kozlov NA. Malignant mesothelioma. The experience of clinical observations. *Bulletin of TSU*. 2012; 8: 282-289. Russian (Козлова А.А., Козлов Н.А. Злокачественная мезотелиома. Опыт клинических наблюдений // Вестник ТГУ. 2012. № 8. С. 282-289.)
11. Yildiz H, Andreea SI, Hoton D, Yombi JC. Minimal change disease associated with malignant pleural mesothelioma: case report and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 2016; 2016: bcr2016217958.
12. Wang V, Diamantidis CJ, Wylie J, Greer RC. Minding the gap and overlap: a literature review of fragmentation of primary care for chronic dialysis patients. *BMC Nephrol*. 2017; 18(1): 274.
13. Moses VG, Moses KB. Clinical manifestations of systemic lesions of connective tissue in women of early reproductive age with varicose veins of the small pelvis. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2006; 1: 87-90. Russian (Мозес В.Г., Мозес К.Б. Клинические проявления системного поражения соединительной ткани у женщин раннего репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза // Бюллетень сибирской медицины. 2006. Т. 5, № 1. С. 87-90.)
14. Witlox L, Velthuis MJ, Boer JH, et al. Attendance and compliance with an exercise program during localized breast cancer treatment in a randomized controlled trial: The PACT study. *PLoS One*. 2019; 14(5): e0215517.
15. Kostev K, Waehler L, Jockwig A, Jockwig B, Hadji P. Physicians' influence on breast cancer patient compliance. *Ger Med Sci*. 2014; 12: Doc03.
16. Heiney SP, Parker PD, Felder TM, Adams SA, Omofuma OO, Hulett JM. A systematic review of interventions to improve adherence to endocrine therapy. *Breast Cancer Res Treat*. 2019; 173(3): 499-510.